

ID: <<PATIENTNO>>

誤嚥性・細菌性肺炎地域連携バス（入院診療計画書・同意書）：誤嚥性・細菌性肺炎（疑い）の患者様へ

(患者名)	<<ORIBP_KANJI>>	様	(病名1)	<<ORADM_DISEASE1>>
(主治医)	<<ORADM_SDOCTOR>>	印	(病名2)	<<ORADM_DISEASE2>>
(看護師)	<<ORDCT_N_A>>		(病名3)	<<ORADM_DISEASE3>>
(在宅復帰支援担当者)	<<SUPPORTSTAFF>>			

治療・検査の際、患者様の安全上、氏名等を確認させて頂く場合があります。ご理解の程お願い致します。

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わります。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものです。



急性期病院（当院での治療）							
入院 期間	<<CP_PLANSTARTDATE_MD_S>>						～
	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7～10日目
検査	・採血、尿、痰の検査 ・レントゲン検査		・採血 ・レントゲン検査				7日目 ・採血 ・レントゲン
治療 ・ 処置	・点滴を行います（状態に応じて、継続・終了します） ・状態に合わせて、吸入、酸素治療を行います 						
食事	・食事はできません ・飲水は、医師の確認が必要です。 ・必要時、管から栄養をとることがあります			4～5日目 ・状態に応じて、嚥下機能評価をします。 ・嚥下機能評価の結果により、食事が開始になります（必要に応じて、介助致します） ・むせがある場合、とろみをつけたりします 			
内服	・普段飲んでいるお薬は、医師の指示のもと内服してください ・医師の指示により、中止するお薬がある場合があります 						
安静度	・特に制限はありません ・自力で動けない場合は、体位変換を行います 						
リハ ビリ	・必要に応じて、リハビリ（歩行訓練、日常生活訓練）・嚥下評価（訓練）を行います。   						
清潔	・誤嚥性肺炎予防のため、お口の中を清潔に保ちます。（洗面、うがいを看護師がお手伝いします。） ・状態に応じて、清拭・陰部ケアを行います ・週1回、入浴介助を行います  						
説明	・入院生活についての説明をします ・ 治療を継続するため、一般病院への転院調整を開始します。 ※ 当院は急性期病院であり、救急としての機能を維持するため、ご理解のほどよろしくお願い致します。			・転院先の病院、転院日について説明を致します（転院日までの目安は、7～10日です） ・酸素療法や点滴を行っている状態でも、転院する場合があります。 ・転院は、基本的に介護タクシー等を利用致します（費用は自己負担となります。）			
目標	・発熱による苦痛が軽減できる ・呼吸困難感を軽減ができる ・誤嚥がない						・誤嚥性・細菌性肺炎症状が悪化せず、転院できる

・特別な栄養管理の必要性

☐ 無

☒ 有（栄養状態に合わせた、栄養指導を行います。）

在宅復帰支援計画

・日常生活動作が維持できるような環境設定や介助方法の支援に努めます

主治医の説明に納得し、同意致します。

令和 年 月 日

(患者名)

(患者代理人)

患者本人との続柄

()

(患者様が未成年または親族の同意が必要な場合、記載お願い致します。)

連携医療機関	
入院	退院
・状態に応じて、採血、尿、痰、レントゲン検査を行う場合があります	
・経過中に急変した場合は、急性期病院へ連携します。 ・状態に応じて、点滴を継続します	
・嚥下機能に応じた、食事が開始されます 	
・普段飲んでいるお薬は、医師の指示のもと内服してください ・医師の指示により、中止するお薬がある場合があります	
・特に制限はありません	
・機能障害の改善 ・日常生活動作の維持、向上 ・運動機能の維持、向上 ・食べる訓練	
・状態に応じて、清拭・入浴・介助浴などができます	
・リハビリ評価 ・実施計画の説明	・退院指導 
・日常生活動作が改善できる	

(医療機関名)

主治医の説明に納得し、同意致します。

令和 年 月 日

(患者名)

(患者代理人)